

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

150

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Segui AMESSAN

Né le 2 Juillet 1930, à Braffédon - Grand-Lahou (Côte-d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**Déductions thérapeutiques
de l'urographie pré-opératoire
dans les cancers du col utérin du stade III**

Président : M. G. CORDIER, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : AMESSAN

Prénom : SEGUI

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

AMESSAN (SEGUI) —
Dédutions thérapeutiques de
l'urographie pré - opératoire
dans les cancers du col utérin
du stade III. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
31 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

AMESSAN (SEGUI) —
Dédutions thérapeutiques de
l'urographie pré - opératoire
dans les cancers du col utérin
du stade III. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
31 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

AMESSAN (SEGUI) —
Dédutions thérapeutiques de
l'urographie pré - opératoire
dans les cancers du col utérin
du stade III. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
31 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

AMESSAN (SEGUI) —
Dédutions thérapeutiques de
l'urographie pré - opératoire
dans les cancers du col utérin
du stade III. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
31 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Segui AMESSAN

Né le 2 Juillet 1930, à Braffédon - Grand-Lahou (Côte-d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le

196

Déductions thérapeutiques
de l'urographie pré-opératoire
dans les cancers du col utérin du stade III

Président : M. G. CORDIER, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
» » (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin N...
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
	Tenon LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARCHAL (G.)
Cliniques médicales	N...
	Boucicaut LENÈGRE (J.)
	Broussais SOULIÉ (P.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)



Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DE GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
} Baudelocque	MERGER (R.)
} Foch (Suresnes)	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N...
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N...
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	DE SÈZE (S.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
» (Prof. à titre personnel)	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DEPARIS (M.)
Médecine légale	DESOLLE (H.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	FASQUELLE (R.)
» (Prof. à titre personnel)	GALLIARD (A.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.-C.)
» (Prof. à titre personnel)	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAURENCE (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie respiratoire	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	TURIAF (F.)
Pharmacologie	BOUDIN (G.)
» (Prof. à titre personnel)	CHEYMOL (J.)
Physiologie	LÉVY (Mlle J.)
» (Prof. à titre personnel)	BINET (L.)
» (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	PARROT (J.)
Physique médicale	LEPAGE (F.)
» (Prof. à titre personnel)	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DJOURNO (A.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	LÉGER (L.)
	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Anatomie	BUSSER (F.)
} COUINAUD (C.)		} pathologique	GOUYGOU (Ch.)
} OLIVIER (G.)		} ORCEL (L.)	
Anatomie	GAUTHIER-VILLARS	} PAILLAS (J.)	
} pathologique	(Mlle P.) pr. s. ch.	Anesthésiologie	VOURC'H (G.)

MM.

Bactériologie . . .	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
Biologie appl. à l'Educat. phys. et aux Sports .	PLAS (F.)
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie . . .	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)
Neurologie . . .	LHERMITTE (F.)
Obstétrique . . .	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie . . .	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.)

MM.

Pathologie chirurgicale . . .	{ LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉGER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>pr. s. ch.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . .	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie . . .	DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i> <i>pr. s. ch.</i> KELLERSHOHN
Pneumo- Phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale . .	{ ABOULKER (P.) AMELINE (A.) <i>pr. s. ch.</i> HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)	Clinique ophtalmologique . .	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
		Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
		Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
		Clinique psychiatrique .	BARUK (H.)
		Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
		Médecine légale	GAULTIER
Clinique médicale	{ DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	{ Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
---------------------------	---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553817_0039

A MA FEMME

A MON FILS

En témoignage de mon amour.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail avec toute mon affection et en reconnaissance des nombreux sacrifices qu'ils ont accomplis pour moi.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CORDIER

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale à l'Hôpital de la Pitié

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et nous a permis l'accès de son service pour notre formation, avec toute la simplicité propre aux grands hommes.

En hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER KOSKAS

Chirurgien-Chef de Service de l'Hôpital Habib Thameur à Tunis

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a donné toute notre formation
avec patience et dévouement total. Qui nous
a appris à aimer la Chirurgie avec beaucoup
de passion et nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre pro-
fonde gratitude.*

INTRODUCTION

Ayant pris connaissance avec beaucoup d'intérêt en juin 1956 du travail de MM. JOMAIN, KRITTER et BOUCHARD sur l'examen urologique systématique des malades atteintes de cancer du col utérin, nous avons fait faire systématiquement depuis deux ans, dans notre service, des urographies préalables dans tous les cas de cancers du col. Très rapidement nous nous sommes rendu compte du grand intérêt que présente cette méthode dans la conduite du traitement chirurgical de ces malades. Ultérieurement, en novembre 1958, un deuxième travail des auteurs pré-cités à l'Académie de Chirurgie ainsi qu'une intéressante communication de M. FUNCK-BRENTANO sur le même sujet, nous ont affirmé l'importance pronostique et thérapeutique de cet examen, et ont confirmé les déductions que nous avons pu en tirer, pour nous guider dans l'acte opératoire. Les renseignements précieux qu'apporte l'urographie systématique, viennent compléter, d'une façon remarquable, ceux donnés par le toucher vaginal combiné au palper et le toucher rectal. C'est surtout en présence de malades présentant un cancer avancé, au stade III, que les résultats de cet examen nous ont paru les plus fructueux pour les déductions thérapeutiques qu'ils ont permis et les plus nécessaires, dans l'ignorance où on est le plus souvent de l'extension intra-pelvienne de ces cancers et en particulier vers ce « troisième paramètre » constitué par la portion terminale des uretères et la vessie.

Dans notre essai de classification et dans un but de clarification, nous avons sélectionné une série de dix malades qui présentaient toutes, à peu de choses près, le même tableau clinique (stade III) « Gros Cancer du Col Utérin du Type Végétant » ou se présentant comme une vaste ulcération cratériforme ayant détruit tout le col, et débordant souvent nettement sur les culs-de-sac vaginaux. Cancers donc très étendus mais ayant une particularité commune au toucher vaginal, une mobilité certaine par rapport au bassin et aux plans pariétaux, permettant d'envisager une exérèse large raisonnable au besoin par pelvectomie. La sensibilité du comportement urétéro-rénal à l'envahissement des paramètres est telle que nos prévisions se sont vues confirmées régulièrement par nos constatations opératoires et cette expérience nous a convaincu de la grande valeur de cet examen.

Schématiquement, nous avons classé en six chapitres les différentes éventualités rencontrées.

I. — Les deux uretères et les deux reins ont un aspect urographique absolument normal (fig. 1)

Ce sont évidemment les meilleurs cas et cet aspect très favorable permet même, dans les cas de volumineux cancers, de prévoir que l'hystérectomie totale avec large colpectomie et évidemment ganglionnaire pelvien, sera possible avec conservation d'un arbre urinaire intact. La libération des uretères se fera dans des conditions satisfaisantes et la vessie, dans la majorité des cas, n'est absolument pas atteinte par le processus cancéreux malgré l'atteinte étendue du dôme vaginal. On peut compter que le clivage entre vessie et dôme vaginal sera parfaitement réalisable. Parallèlement à une cellulectomie pelvienne de plus en plus large, nous avons étendu de plus en plus vers le bas la colpectomie, car dans ces formes de cancer la récurrence survient bien souvent au niveau de la cicatrice vaginale, conséquence d'une résection insuffisante du dôme vaginal.

Dans le cadre de ce chapitre, nous relaterons trois observations tout à fait démonstratives :

• *Madame Mah... Bent L...* — Opérée le 11 novembre 1959

Malade âgée de quarante-trois ans environ et qui consulte pour pertes sanglantes qui l'inquiètent depuis un mois.

A l'examen clinique, l'état général est satisfaisant. Du point de vue gynécologique, on note :

Cancer du col utérin du type végétant de volume important ayant débordé largement sur les culs-de-sac vaginaux. Les paramètres semblent modérément infiltrés au toucher vaginal et l'utérus est encore bien mobile, mais surtout l'urographie ne montre aucun retentissement urétéro-pyélique. Il semble donc qu'il s'agisse d'un cancer à développement essentiellement vaginal et para-vaginal.

Intervention :

Large laparotomie médiane. On pratique une hystérectomie totale élargie avec curage ganglionnaire pelvien poussé et très large résection du vagin. Les uretères et la vessie ont pu être parfaitement libérés et clivés sans montrer aucune atteinte par le processus néoplasique. Drainage vaginal. Péritonisation côlo-vésicale.

Paroi en trois plans au nylon.

Après de bonnes suites opératoires, la malade est confiée au service de radiothérapie qui la prend en charge pendant quelques temps.

Elle rentre chez elle très améliorée mais, huit mois plus tard, elle revient à notre consultation externe pour asthénie profonde et troubles digestifs associés. Il s'agit de périodes de diarrhées entrecoupées de constipation.

L'examen médical montre d'énormes masses tumorales au niveau de l'abdomen, notamment dans les fosses iliaques, masses tumorales plus importantes à droite qu'à gauche, et non mobiles sur les plans profonds.

Par ailleurs, il faut noter une anémie à 2.500.000 G.R. et une urée à 0,45 g %.

Le nombre des G.B. étant de 12.000

Urographie intraveineuse :

Le 12 juillet 1960, on pratique une U.I.V. qui montre un rein gauche parfaitement injecté qui paraît donc intact. Par contre, le rein droit montre des images en boules intéressant les calices et le bassin.

Après avoir rééquilibrer la malade, on décide de réintervenir par une laparotomie médiane, en suivant la première incision.

On se trouve alors en présence de masses tumorales d'origine ganglionnaire — ganglions que n'ont certainement pas pu toucher de façon efficace les rayons X — après la première intervention.

Il est intéressant de noter aussi un envahissement du cæcum et du côlon sigmoïde.

Les uretères, quant à eux, sont pris dans une gangue de tissus néoplasiques. A droite, on remarque une sténose très importante et remontant assez haut, ce qui confirme les données de l'urographie.

Par un clivage très laborieux, on arrive à les libérer et on pratique un « Coffey ». La malade, malheureusement, a été très choquée et est décédée au troisième jour des suites opératoires.

— *En résumé*, l'examen radiologique de l'arbre urinaire chez cette malade montre deux aspects très différents qui ont chacun leur valeur pronostique :

— Dans une première phase : arbre urinaire absolument normal, donc envahissement du processus cancéreux relativement limité, ce qui permet de réaliser une hystérectomie facile avec curage ganglionnaire assez poussé et une conservation de la vessie et des uretères.

— Dans une deuxième phase, huit mois plus tard, extension du cancer à l'arbre urinaire, le pronostic étant dans ce cas très réservé, ce qui a été confirmé au cours de la seconde intervention.



FIGURE 1



FIGURE 2

• *Madame Cha... Bent H...* — Opérée le 22 novembre 1959

Malade âgée de quarante-cinq ans qui consulte pour pertes sanglantes et fétides et légères douleurs au niveau du bas-ventre.

L'examen clinique montre : cancer du col utérin très volumineux avec infiltration néoplasique importante des ligaments utéro-sacrés très en arrière.

Radio :

L'urographie intraveineuse pré-opératoire montre un arbre urinaire absolument normal des deux côtés. Les reins et les uretères présentent un aspect parfaitement normal. Il est donc prévisible que l'on pourra conserver uretères et vessie car le cancer est resté strictement génital et une hystérectomie totale avec large exérèse vaginale et curage ganglionnaire soigneux du pelvis remplira toutes les conditions de sécurité.

L'urographie systématique a donc permis facilement dans ce cas de porter des prévisions optimistes devant l'intégrité parfaite de l'arbre urinaire.

Intervention :

Longue laparotomie. Libération facile des uretères et de la vessie qui ne sont pas envahis. Section du vagin très loin des limites du cancer. Ablation de la pièce contenant l'utérus portant sur le col un énorme cancer végétant le tissu cellulaire pelvien, les paramètres, les ligaments utéro-sacrés et une large collerette vaginale.

Examen anatomopathologique :

Les fragments de col prélevés sont constitués par un tissu de prolifération anarchique qui se traduit par la présence dans un tissu conjonctif fibreux de boyaux de cellules jointives épithélio-mateuses à noyaux volumineux, souvent monstres, parfois en mitose atypique.

Les boyaux s'organisent en travées et infiltrant largement le chorion.

Le stroma est très inflammatoire.

— *En résumé*, il s'agit d'un épithélioma malpighien indifférencié du col utérin au stade III.

Les suites opératoires ont été très bonnes mais le pronostic lointain semble mauvais chez cette malade en raison de la découverte au cours de l'intervention d'une masse indurée au niveau de la tête du pancréas qui paraît être un deuxième cancer.

• *Madame Fatma Bt Am... Bou Ya...* — Opérée le 20 janvier 1960

Malade présentant cliniquement un très gros cancer du col utérin d'aspect cratéiforme et bourgeonnant ayant dépassé les limites du col et débordant largement sur les culs-de-sac vaginaux.

L'ensemble, au toucher vaginal, offre une certaine mobilité qui fait espérer une exérèse large satisfaisante. L'urographie pré-opératoire montre des uretères et des reins parfaitement normaux, sans aucune dilatation.

Il s'agit donc probablement d'un cancer à développement inférieur, surtout vaginal, avec des uretères et une vessie intacts qu'on pourra vraisemblablement conserver dans toute leur intégrité.

Longue laparotomie médiane. Incision latérale du péritoine et clivage progressif emportant tout le tissu cellulaire et ganglionnaire pelvien. Libération facile des uretères jusqu'à leur abouchement vésical. Le cancer a un développement inférieur et envahit les ligaments utéro-sacrés et toutes les parois du vagin.

Le clivage de ce dôme vaginal cancérisé est difficile surtout en arrière où on parvient cependant à le libérer du rectum qui est intact. Hystérectomie totale avec très large colpectomie.

Drain vaginal. Péritonisation côlo-vésicale.

II. — Simple dilatation d'un ou des deux uretères sans modifications des cavités rénales (fig. 2)

Dans ces formes, il est à prévoir que la dissection des uretères sera laborieuse tout au moins d'un côté. La conservation des uretères et de la vessie sera en général possible et raisonnable malgré les difficultés opératoires. L'uretère enserré dans un tissu néoplasique n'est pas lui-même envahi et peut être libéré. L'opération se poursuit par une excrèse large des paramètres et une cellulectomie pelvienne méthodique.

Voici une observation typique :

• Madame Zn... Bt Kil... — Opérée le 17 septembre 1959

Malade âgée de quarante-huit ans qui présente des pertes de sang et des douleurs à type de colique néphrétique gauche. Douleurs sourdes survenant de temps à autre, même en dehors de toute fatigue.

Examen clinique :

Gros cancer du col utérin au stade III, bien mobile au toucher vaginal.

Urographie :

Simple dilatation bilatérale des deux uretères à l'urographie pré-opératoire, sans modification des cavités rénales. Ici, on est en droit de penser que le processus cancéreux intéresse non seulement la vessie elle-même, mais aussi la portion juxta-vésicale des deux uretères tout au moins. On doit donc s'attendre dès lors à une intervention beaucoup plus difficile que précédemment, comme le montre d'ailleurs le compte rendu opératoire :

Longue laparotomie médiane. La dissection des uretères des deux côtés est difficile car les paramètres sont largement infiltrés mais on parvient à libérer les uretères d'une façon très satisfaisante jusqu'à la vessie qui n'est pas atteinte par le processus cancéreux. Exérèse large des paramètres, des ligaments uréthro-sacrés, curage ganglionnaire pelvien et hystérectomie totale avec colpectomie très étendue vers le bas.

Drainage vaginal et péritonisation côlo-vésicale.

Paroi en trois plans au nylon.

Cependant, dans ce cadre et à la limite, il peut apparaître que le clivage urétéral se révèle impossible tout au moins d'un côté par envahissement de l'uretère. La section de cet uretère pourra se révéler nécessaire au-dessus du paramètre envahi. La meilleure solution dans ces cas où la vessie est intacte et l'autre uretère est en bon état, serait de réimplanter l'uretère sectionné dans la vessie par le procédé de Boari.

Les suites opératoires ont été satisfaisantes mais nous n'avons pas eu l'occasion de revoir la malade depuis sa sortie.

III. — **Importante dilatation des uretères et d'une des deux cavités rénales** (Aspect hydronéphrotique-images en boules) (fig. 3)

Cet aspect, contrairement au précédent, fait prévoir presque inévitablement la nécessité d'une pelvectomie car l'atteinte plus accentuée de l'appareil urinaire pelvien laisse entrevoir une extension grave du cancer et bien souvent l'atteinte des parois urétérales et vésicales par le processus néoplasique.

• *Fatma Bent Keb...* — Opérée le 29 juillet 1959

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans environ, qui présente un tableau clinique presque identique aux autres cas précédents : pertes de sang, douleurs au niveau du pelvis avec irradiations diverses.

Examen clinique :

Volumineux cancer du col utérin, du type végétant, saignant au moindre contact. On note une extension importante aux paramètres, surtout en avant, vers la vessie. Toutefois, il n'y a pas formation d'un bloc au niveau du bassin : l'utérus est relativement mobile.

Urographie :

Ce qui frappe immédiatement, c'est l'atteinte déjà très marquée de l'arbre urinaire par la propagation du cancer.

D'un côté, à droite, on note une dilatation surtout de la portion moyenne de l'uretère et de l'autre, à gauche, une cavité rénale en voie de dilatation avec des images en boules.

Donc, extension rénale qui donne une orientation préalable du type d'intervention à pratiquer : pelvectomie.

Intervention :

Longue laparotomie médiane. Cancer du col avancé avec envahissement de la vessie. Pelvectomie antérieure suivie d'un Coffey extra-péritonisé.

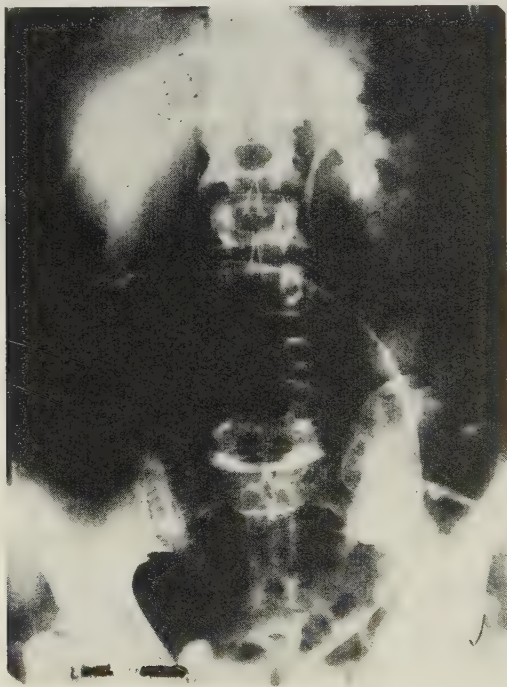


FIGURE 3

- *Sas... Bent Med...* — Opérée le 25 avril 1959

Malade âgée de quarante ans qui présente un cancer du col utérin au stade III.

Les urographies pré-opératoires révèlent une dilatation globale des deux uretères, plus accentuée à droite.

Cet aspect, joint aux données du toucher vaginal qui montre un envahissement très accentué des paramètres et de la région antérieure du vagin juxta-vésicale, fait prévoir qu'une pelvectomie sera nécessaire. Dans ce cas particulier, cette pelvectomie se pratiquera également au niveau du rectum à cause de l'extension du cancer en arrière.

Intervention :

L'opération révéla effectivement une large atteinte de la vessie et même de la partie antérieure du rectum.

Longue laparotomie médiane. Cancer du col au stade III qui révèle un envahissement de la vessie, du rectum et de tout le dôme vaginal. L'ensemble garde encore une certaine mobilité et on pratique sans incident une pelvectomie totale emportant : utérus, vessie, rectum et moitié supérieure du vagin. Les deux uretères sont abouchés à une anse iléale isolée. Cette néo-vessie est elle-même abouchée à la peau par un orifice propre. Un anus iliaque gauche est pratiqué.

N.B. : Dans le premier exemple de notre Chapitre n° 1, nous avons signalé une seconde intervention pour récidence locale.

L'aspect des urographies pratiquées à cette période classe la malade dans ce Chapitre n° 3 et dicte également une pelvectomie avec Coffey. C'est d'ailleurs l'opération qui a été pratiquée.

IV. — Les urographies révèlent d'un côté l'existence d'un rein muet et de l'autre un rein normal ou peu dilaté (fig. 4)

Là encore, le processus néoplasique est certainement très étendu, et la pelvectomie pratiquement inévitable. Elle peut se pratiquer sans appréhension car il existe encore un rein valable et dont le fonctionnement quasi-normal met à l'abri des complications de la redoutable insuffisance rénale post-opératoire.

Dans l'observation que nous apportons dans le cadre de ce chapitre, nous avons poussé l'investigation plus loin et pratiqué après l'urographie une pyélographie descendante sur le rein muet qui nous a révélé une très intéressante image de compression intramurale de l'uretère matérialisant l'envahissement néoplasique de la portion de la vessie correspondante à ce rein muet qui était en l'occurrence le rein droit.

• *Cha... Bent Al...* — Opérée le 27 juin 1959

Malade âgée de soixante ans. Le début remonte à deux semaines environ, marqué par un syndrome urinaire : brûlures à la miction, douleurs hypogastriques assez vagues. Une semaine plus tard, la malade fait deux hématuries à deux jours d'intervalle, hématuries accompagnées de douleurs lombaires droites.

La malade consulte alors en urologie où l'on pratique une cystoscopie et une inoculation au cobaye. Ces deux examens se révèlent négatifs.

L'examen complet de la malade montre alors un cancer du col utérin avec extension antérieure.



FIGURE 4

Urographie :

Cette malade présente, à l'urographie systématique, un rein droit muet et un rein gauche légèrement dilaté, ce qui laisse penser qu'il existe un envahissement urétéral modéré à gauche et au contraire très accentué à droite. Cette opinion est

d'ailleurs confirmée par la néphrostomie que nous pratiquons sur le rein droit et par laquelle on pratique une urographie descendante par la sonde de néphrostomie qui montre une magnifique image de sténose intra-murale de l'uretère, sténose extrêmement accentuée et contrastant avec la dilatation de l'uretère sus-jacent.

Il existe donc, comme nous le pensions, un très important envahissement de l'uretère droit, mais cet aspect radiologique nous apporte un renseignement supplémentaire de grande valeur, c'est-à-dire l'envahissement certain de la vessie dans la région d'implantation des uretères.

Cette méthode d'examen est donc souvent supérieure par les renseignements qu'elle apporte à la simple cystoscopie qui comme dans ce cas n'avait montré aucune lésion visible de la vessie.

En réalité, la cystoscopie ne montre que l'état de la muqueuse vésicale, tandis que dans bien des cas le cancer a déjà envahi les couches externes de l'organe sans encore atteindre l'organe.

Dans ce cas, tous les éléments sont réunis pour affirmer qu'une cystectomie totale est indispensable pour permettre une ablation large du cancer qui a envahi tout l'arbre urinaire pelvien.

Intervention :

Longue laparotomie médiane. Cancer du col utérin envahissant la vessie au niveau du trigone, surtout dans son versant droit, avec forte compression de l'uretère droit dans sa portion intra-murale. Pelvectomie antérieure avec large colpectomie. Coffey intra-péritonéal. La péritonisation est faite avec le sigmoïde sur lequel sont implantés les deux uretères.

Drainage vaginal. Paroi en trois plans au nylon.

V. — Plus graves sont les cas où les clichés révèlent l'existence d'un côté d'un rein muet et de l'autre d'un rein très dilaté, hydronéphrotique avec image en boule (fig. 5)

Manifestement, le rein restant fonctionnellement est lui-même très insuffisant pour assurer des suites opératoires normales. Cet aspect, que nous avons rencontré assez fréquemment, révèle une situation sérieuse car l'insuffisance fonctionnelle rénale atteint un état critique et peut aboutir à une urémie post-opératoire rapidement mortelle. Il faut de toute nécessité opérer en deux temps sous peine de s'exposer à de graves déconvenues alors que l'intervention a été conduite avec une technique irréprochable.

Nous préconisons donc :

- *Premier temps* : néphrostomie sur le rein encore existant fonctionnellement.
- *Deuxième temps* : après un délai d'une semaine environ, pelvectomy avec réimplantation des deux uretères.

L'intervention d'exérèse est ainsi réalisée dans des conditions de sécurité optima qui n'auraient pu être appliquées si l'on s'était privé des précieux renseignements donnés par l'urographie préalable.

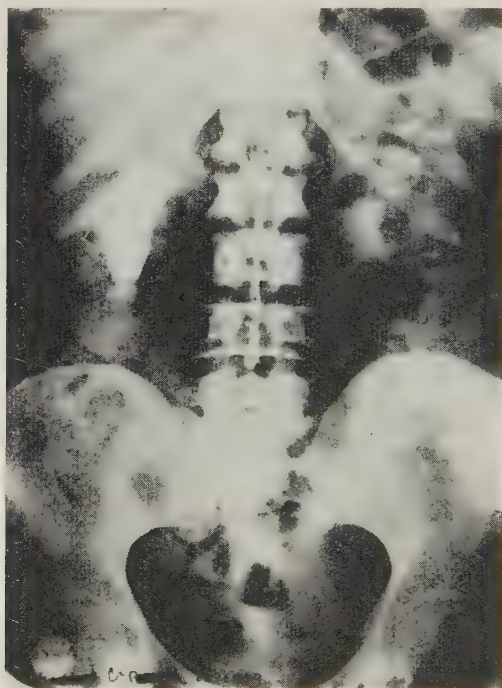


FIGURE 5

- *Far... Bent Br...* — Opérée le 10 avril 1959

Clinique : cancer du col utérin chez une femme de cinquante ans.

Urographie :

L'urographie systématique pré-opératoire révèle chez cette malade un aspect très intéressant :

— côté gauche : rein absolument muet ;

— côté droit : rein très dilaté.

Donc, il s'agit d'un cancer très envahissant. L'uretère gauche est complètement bloqué par le processus cancéreux, le droit très envahi. Il faut donc prévoir une intervention très large avec ablation de la vessie (pelvectomie antérieure).

Mais de toutes façons, devant cet aspect radiologique, une décision capitale s'impose. C'est la néphrostomie préalable sur le rein droit encore valable quoique dilaté.

Cette néphrostomie va permettre ultérieurement, et dans des conditions de sécurité indispensables, la pelvectomie large que l'on n'aurait pu tenter raisonnablement sans cette précaution majeure.

Compte rendu opératoire :

Cancer du col utérin du stade III avec envahissement probable de la vessie et des deux uretères.

— On pratique dans *un premier temps* une néphrostomie sur le rein droit pour permettre à la malade une diurèse convenable au niveau de son seul rein valable.

— *Deuxième temps* : pelvectomie antérieure qui confirme l'envahissement prévu de l'appareil urinaire. Longue laparotomie médiane.

Ligature et section des deux uretères le plus bas possible, compte tenu de l'envahissement des paramètres. Ligature préalable des deux artères hypogastriques. Cellulectomie et pelvectomie antérieure emportant la vessie et tout le dôme vaginal.

Après mise en place d'un drain vaginal, on péritonise par un surjet unissant le sigmoïde au péritoine vésical. On crée ensuite une néo-vessie à l'aide d'une anse iléale exclue et les uretères y sont abouchés sans difficulté en termino-latérale. La néo-vessie iléale est abouchée à la peau au niveau de la fosse iliaque gauche.

Paroi en un plan au fil d'acier.

Anatomie pathologique :

Les fragments de col utérin sont constitués par un tissu de prolifération anarchique qui se traduit par la présence, dans un tissu conjonctif fibreux, de boyaux de cellules jointives épithéliomateuses indifférenciées. Ces cellules envahissent le myomètre.

Il s'agit d'un épithélioma malpighien indifférencié très infiltrant.

Ganglions purement inflammatoires. Ils ne présentent aucune lésion d'origine métastatique.

L'observation suivante montre que, faute de nous être conformés aux indications de l'urographie préalable, nous avons fait une erreur d'indication opératoire.

Il est vrai qu'il s'agissait d'un de nos premiers cas où l'urographie était faite avant l'intervention.

• *Hab... Bent H...* — Opérée le 10 décembre 1958

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années qui présente un gros utérus dur et une importante ulcération saignante du col.

L'urographie montre l'existence à gauche d'un rein muet et à droite d'un rein dilaté.

Nous n'avions pas à cette époque une expérience suffisante des urographies pré-opératoires et de leur interprétation. Nous décidâmes de pratiquer un simple Wertheim.

Longue laparotomie médiane.

L'isolement des uretères se révèle laborieux car ils sont noyés dans une véritable gangue néoplasique des deux côtés. De plus, ils sont très dilatés au-dessus de leur portion juxta-utérine.

Hystérectomie totale avec curage ganglionnaire pelvien.

Cependant, il reste au niveau de la vessie et de la lèvre postérieure du vagin atteignant le rectum, un envahissement néoplasique limité mais absolument inextirpable. Une pelvectomie aurait été nécessaire, mais nos provisions en flacons de sang n'étaient pas suffisantes pour entreprendre une pelvectomie et nous dûmes nous contenter de cette intervention incomplète. Nous avons ensuite adressé au plus tôt cette malade au radiothérapeute pour compléter la chirurgie et faire irradier sans délai les foyers néoplasiques résiduels.

VI. — Les clichés urographiques révèlent une imprégnation très diminuée au niveau des deux reins sans dilatation (fig. 6)

Cet aspect très particulier, que nous n'avons rencontré qu'une seule fois, révèle une inhibition rénale importante par compression silencieuse progressive des deux reins par un processus néoplasique très étendu. La malade est dans un état d'équilibre très instable et l'urémie terminale est la grande menace post-opératoire. L'extension du cancer est souvent considérable.

DEUX ATTITUDES SONT POSSIBLES.

- *Si urée normale* : tenter l'intervention en un temps mais avec de grandes précautions pour maintenir et augmenter la diurèse.
- *Si urée augmentée* : néphrostomie préalable uni ou bilatérale.

Dans l'observation que nous vous présentons dans ce cadre, nous avons adopté la première attitude qui nous paraît cependant fort risquée.

• *Ai... Bent H...* — Opérée le 2 avril 1958

Cancer du col utérin au stade III avec envahissement vaginal. Cancer du type végétant, saignant au moindre contact avec des pertes fétides.

Par ailleurs, état général légèrement altéré.

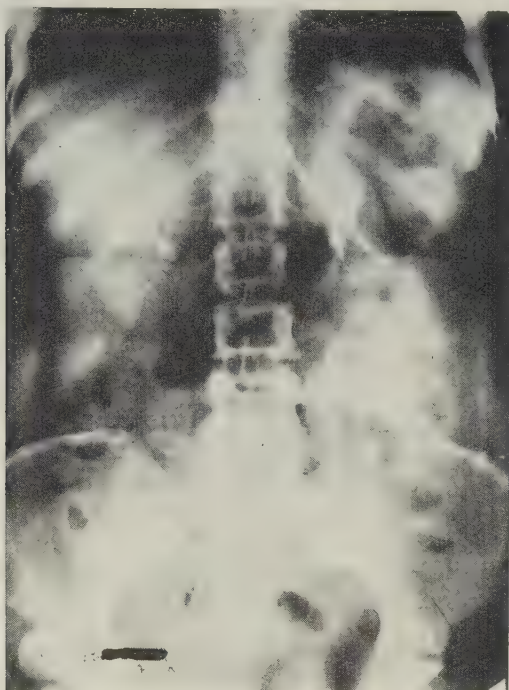


FIGURE 6

Urographie :

Les clichés montrent une diminution globale de la sécrétion des deux reins.

On note une mauvaise imprégnation des deux reins, traduisant une gêne fonctionnelle bilatérale et qui s'est probablement installée progressivement et à bas bruit.

Les images radiologiques traduisent une compression lente et silencieuse des uretères par le processus néoplasique et fait prévoir la nécessité d'une opération très large avec exérèse de la vessie et réimplantation des uretères.

Intervention :

Longue laparotomie médiane. La vessie et les uretères sont largement envahis. Ligature des artères hypogastriques à leur origine. Pelvectomie antérieure empor-

tant l'utérus, les paramètres, la vessie ainsi qu'une grande partie du vagin. On pratique un curage ganglionnaire très poussé emportant notamment deux ganglions de Leveuf et Goddart qui sont volumineux et semblent envahis.

Péritonisation par cloisonnement côlon gauche - péritoine vésical.

On pratique ensuite l'anastomose urétéro-colique par Coffey n° 1.

Paroi en trois plans au nylon.

* *

Tels sont les importants avantages que procurent les enseignements tirés de l'urographie préalable dans tout cancer du col avancé.

Les déductions thérapeutiques que l'on peut en tirer se révèlent régulièrement valables d'emblée au cours de l'intervention et aident à préciser le plan opératoire qui convient à chaque cas en particulier.

L'urographie mérite de prendre une place de choix aux côtés des autres examens pré-opératoires chez toute femme atteinte d'un cancer du col utérin ayant dépassé le stade initial, et constitué un guide précieux pour le chirurgien.

CONCLUSIONS

En résumé, voici nos déductions thérapeutiques.

1° Aspect urographique normal :

Malgré l'importance du cancer, on pourra conserver l'intégrité de l'appareil urinaire. L'opération devra comporter une très large colpectomie.

2° L'un ou les deux uretères sont dilatés :

La conservation des uretères et de la vessie est en général encore possible, mais parfois d'un côté une section d'un uretère sera nécessaire. Elle sera suivie d'une réimplantation dans la vessie par un Boari.

3° Les uretères sont très dilatés et un des reins présente un aspect hydronéphrotique, l'autre rein étant normal :

La pelvectomie sera presque toujours nécessaire. Elle pourra être décidée sous précautions particulières du point de vue urologique.

4° L'urographie montre un rein muet et un rein normal :

La pelvectomie est inévitable encore ici. La présence d'un côté d'un rein normal permet de la pratiquer sans crainte.

5° L'urographie montre un rein muet et un rein hydronéphrotique :

Pelvectomie nécessaire mais doit être faite en deux temps par crainte de l'insuffisance rénale brutale. On pratiquera donc d'abord une néphrostomie du côté encore valable.

6° Imprégnation rénale très diminuée des deux côtés :

Malade présentant un état instable et un grave danger d'urémie post-opératoire. Néphrostomie préalable.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
CORDIER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRILLAGE (A.H.) et DEARING (R.). — Une étude de l'appareil rénal dans le cancer du col. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, avril 1953, 60, n° 2, 165-174.)
- AMELINE (A.), HUGUIER (J.), MOYSE (P.) et CHATAIN (Y.). — La colpo-hystérectomie élargie à deux équipes. (*Rev. Franç. Gyn. Obst.*, janvier-février 1950, 45, n° 1, 1-8.)
- BACHE (G.). — U.P.R. systématique dans le cancer du col. (*Thèse*, 1943.)
- DARGENT (M.), PAPILLON (J.), MONTBARBON (J.F.) et COSTAZ (E.G.). — Etude systématique de l'urographie pré et post-opératoire chez des malades traitées par association radium-chirurgie pour cancer du col utérin au stade de début. (*Lyon Chirurg.*, novembre-décembre 1956, 51, n° 6, 711-724.)
- FERNANDEZ COLMEIRO (I.M.). — La propagation aux paramètres et au vagin du cancer du col de l'utérus.
- GEMMEL (A.A.). — Quelques facteurs dans le pronostic du cancer du col. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, octobre 1942, 49, n° 5, 453-481.)
- HUGUIER (J.), CERBONNET (G.) et SCALI (P.). — A propos de la communication de M. Tailhefer sur le traitement chirurgical du cancer du col et de l'intervention de M. R. Couvelaire. (*Mém. Acad. Chirurgie*, tome 84, n° 32 et 33.)
- Premiers essais de cellulectomies totales réglées dans les cancers pelviens génitaux de la femme. (*Mém. Acad. Chirurg.*, tome 84, n° 20 et 21.)
- JAFFE (H.P.L.), MEIGS (J.V.), GRAVES (R.C.) et KICKHAM (C.J.E.). — Complications urétérales et rénales du cancer du col ; leurs classifications et les indications thérapeutiques. (*Surg. Gyn. Obst.*, février 1940, 70, n° 2, 178-184.)
- JAPHET (E.). — Appareil rénal et cancer du col. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.)
- MEIGS (J.V.). — Hystérectomie radicale avec dissection bilatérale des ganglions lymphatiques pelviens. Compte Rendu sur 100 malades opérés depuis cinq ans ou plus. (*Am. J. Obst. Gyn.*, octobre 1951, 62, n° 4, 854-870.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
I. Les deux uretères et les deux reins ont un aspect urographique absolument normal	12
II. Simple dilatation d'un ou des deux uretères sans modifications des cavités rénales	16
III. Importante dilatation des uretères et d'une des deux cavités rénales (aspect hydronéphrotique - images en boules)	17
IV. Les urographies révèlent d'un côté l'existence d'un rein muet et de l'autre un rein normal ou peu dilaté	19
V. Plus graves sont les cas où les clichés révèlent l'existence d'un côté d'un rein muet et de l'autre d'un rein très dilaté, hydro- néphrotique avec image en boule	21
VI. Les clichés urographiques révèlent une imprégnation très diminuée au niveau des deux reins sans dilatation	24
CONCLUSIONS	27
BIBLIOGRAPHIE	29

